【3】共有すべき医療事故情報「施設管理の事例」(第１１回報告書）について

（1）発生状況

第１１回報告書対象分析期間（平成１９年７月～９月）において、施設管理に関連した事例が報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。また、第２１回報告書において再発類似事例として「施設管理の事例」を取り上げた。

本報告書では、医療機関の建物と設備の管理に関係する事例を検索語を増やし、詳細に検索した。これまでの類似事例の報告件数を図表Ⅲ-３-６に示す。

このうち本報告書分析対象期間（平成２３年７月～９月）において報告された事例は３件であった。

図表Ⅲ-３-６　「施設管理の事例」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成１６年				1	1
平成１７年	1	1	1	1	4
平成１８年	2	3	0	1	6
平成１９年	0	0	3	5	8
平成２０年	0	6	2	6	１４
平成２１年	3	3	5	１０	２１
平成２２年	2	2	2	1	7
平成２３年	4	4	3	－	１１

（2）事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

【内容】

外来受診後の患者が、院外の庭へと続くスロープになったところで転倒したと連絡を受けた。かけつけると、患者は救急部で診察中であり、検査の結果、恥骨骨折のため安静加療目的で入院となった。

15 時ごろ、患者がスロープになっているところを歩いていると、後ろからワゴンを押した業者、前からも荷物を運んでいる者がおり、よけようとして約 80cm 下に転倒した。そこへ通りかかった看護師が発見し、救急部へ搬送した（バイアスピリン、プレドニゾロンなど内服中)。

【背景・要因】

当日は天候が悪く薄暗い環境だった。病院再開発中であり、業者の出入りが多く、患者が通行する環境としてはリスクが大きかった。スロープ横に蛍光塗料が塗られているが、柵等がないため下への落下の危険性があった。当施設を利用する患者、家族はこのスロープを通らざるを得ない構造となっている（本患者は、難聴のある夫と歩行中であった)。

事例２

【内容】

血液保冷庫のアラームが鳴ったため、日勤看護師リーダーＡは保冷庫のドアが開いているためアラームが鳴っていると思い、看護師Ｂにドアを閉める指示とアラームのスイッチを切る指示をした。指示を受けた看護師Ｂは、ドアが開いていなかったため、ドアを一度開けたのち、再度閉め、アラームのスイッチを切った。看護師リーダーＡは、後でアラームを付けようと思っていたが、スイッチを入れ忘れた。夜勤への申し送り時に保冷庫の温度表示が消えていたため、確認すると電源コードが抜けていた。血液保冷庫内の温度が上昇し、庫内の血液が使用不可となった。

【背景・要因】

ドアの開放がアラームの原因であると思い込み、電源コードが抜けていることを確認しなかった。本来アラームが鳴っているときはアラームの原因を特定する必要があるが、当該事例においては、アラームに対する意識の低さから原因究明を怠り、アラームのスイッチを切ったことや入れ忘れたことが冷蔵庫の温度上昇を招いた要因といえる。また、電源コードからコンセントまで 8.4 メートルと長く延長コードで接続していたこと、その間にレントゲンラックなどが煩雑に置かれていたことにより、電源が抜けていることに気がつきにくい状況であった。

事例３

【内容】

患者は同室の他患と入浴をしていた。9 時 50 分浴室からナースコールがあり訪室すると、脱衣所の椅子に座っていた。浴室から脱衣所に移動した際､足拭きマットがすべり転倒したと話す。その時に左手と臀部を打撲した。左手関節が痛いと訴える。主治医に報告しレントゲン撮影をしたが明らかな骨折は不明、湿布薬を貼付し患肢安静とする。整形外科受診し、左橈骨・尺骨骨折と診断され、シーネ固定となる。

【背景・要因】

病棟では転倒原因であった「足拭きマット」が滑りやすい状況であることを認識していた。また、浴槽が広く手すりがない。何を（ＡＤＬ評価・医師の判断）もって患者だけでの入浴を許可しているか明確でない。事故発生から整形外科受診までの間に医師の介入なくシーネ固定が行なわれるなど連絡指示が機能していない。

（３）事例が発生した医療機関の改善策

１）事例１

①　即日、関係業者へ注意喚起の文書配布。

②　スロープのところに人感センサー付照明を取り付けた。

③　病棟移転後、常にドアを閉鎖して注意喚起文書を貼布。

２）事例２

①　アラームが鳴っているときは必ず原因を確認するよう心がける。

② 保冷庫などの機器類を扱うときは取扱説明書を確認し、正しく使用する。
③ アラームを一時的に消した場合は、血液を業務冷蔵庫に移動し、保冷庫が正しく作動するように点検を行う。
④ 保冷庫はコンセントの近くに移動し、電源が抜けないように環境整備する。

3）事例3

① 足拭きマットを滑りにくい物に交換した。
② 入浴基準の見直しを行なう。

（4）これまで報告された「施設管理の事例」に関する事例の内容

本事業に報告された「施設管理」の事例の中から、本報告書では、建物および建物及び設備について取り上げた。

本事業開始後から本報告書分析対象期間（平成２３年７月～９月）において７２件の事例が報告され、その内容を図表Ⅲ-３-７に整理した。

建物では、床が１２件、窓が７件、トイレが５件、浴室が５件、と多かった。また設備では、電気が１０件、保冷庫・保温庫・フリーザーが７件、医療ガスが６件、エスカレーターが５件と多かった。それぞれの詳細な内容については、今後、報告書等において分析する予定である。

図表Ⅲ-３-７　建物及び設備の内容

		建物及び設備の内容	件数
建物			**33**
	床	段差、材質、継ぎ目、水こぼれ、など	12
	窓	固定幅、設備不足、など	7
	トイレ	段差、便座の高さ、扉緊急開放装置、手すり、など	5
	浴室	段差、タイル、カラン、マット、など	5
	ドア	開閉用チェーン	1
	天井		1
	階段		1
	洗面所	段差	1
設備			**35**
	電気	コンセント、コード、電源、など	10
	保冷庫・保温庫・フリーザー		7
	医療ガス	酸素配管、ガス配管、ガスボンベ、など	6
	エスカレーター		5
	給水・排水	配管、など	3
	エレベーター		2
	配膳車		1
	椅子		1
その他			**4**
	工事中の箇所	工事の穴、点検口、など	2
	駐車場		1
	防水用水槽		1
	敷地内の施設	スロープ	
		合計	72

（5）まとめ

本報告書では、施設管理に関連した事例について、本報告書分析対象期間（平成２３年７月～９月）に報告された３事例を紹介するとともに、本事業開始から本報告書分析対象期間に報告された施設管理に関連した事例７２件について、建物及び設備の内容を整理して示した。それぞれの詳細な内容については今後分析し報告書に掲載する予定である。

今後も事例の発生について注意喚起すると共に、その発生の推移に注目していく。